POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Lipiec.	→ ROCZNIK TRZYNASTY. ←	1911.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. kliniki okulist. U. J. R. dw. Prof. Dr B. Wicherkiewicza.

Obecność adrenaliny w surowicy krwi chorych na jaskrę. Przyczynek do etyologii jaskry.

Podał

Dr TADEUSZ KLECZKOWSKI,

asystent kliniki.

Znajomość ścisłej zależności ciśnienia śródocznego od wysokości ciśnienia krwi stała się już dawno wspólną własnością świata naukowego. Dosyć wspomnieć jest nazwiska: v. Hippla i Grünhagena[2], [3], Adamüka[4], Schultena[5] i wielu innych by się z prac ich przekonać, że każde podwyższenie ciśnienia we wielkich tętnicach ustroju pociąga za sobą podwyższenie ciśnienia śródocznego, każdy zaś spadek jego naodwrót również spadkiem ciśnienia krwi jest spowodowany. Twierdzenie to dzisiaj już zupełnie pewne, postawione zostało na podstawie całego szeregu doświadczeń na zwierzętach, u których starano się wpływać na wysokość ciśnienia krwi, a na-

stępowo na ciśnienia śródoczne czy to przez podrażnienie n. błędnego (Adamük, Schöler, v. Schulten) czy przez przecinanie rdzenia ponad atlasem, lub przez drażnienie rdzenia przedłużonego (Hippel).

Nie chcę się zajmować olbrzymią literaturą odnoszącą się i stwierdzającą zależność ciśnienia śródocznego od ciśnienia krwi. Wyniki badań w tym kierunku przeprowadzone jako ogólnie znane można śmiało pominąć. To ważne odkrycie tej zależności ciśnienia śródocznego od ciśnienia krwi spowodowało powstanie myśli, jakie zmiany w ciśnieniu krwi można spostrzegać w chorobie narządu wzrokowego, w której głównym i zasadniczym właśnie objawem jest podwyższenie ciśnienia śródocznego. Nic więc dziwnego, że badania ciśnienia krwi w przypadkach jaskry są dosyć liczne i względnie dawno już przeprowadzane.

Pozornie zdawałoby się być rzeczą zupełnie naturalną. że we wszystkich przypadkach samoistnego a nie następowego podwyższenia ciśnienia śródocznego musi być również i ciśnienie krwi zwiększone. Przeglądając prace autorów zajmujących się przyczyną podniesienia ciśnienia śródocznego zauważyć można, że zdania co do obecności podwyższonego ciśnienia krwi w przypadkach jaskry są podzielone, aczkolwiek znaczna jednakowoż większość autorów wypowiedziała się za podwyższeniem ciśnienia krwi przy jaskrze. Podwyższenie ciśnienia krwi w przypadkach jaskry notowane jest bardzo często. Już Kuhnt[6] w r. 1885 wypowiada zdanie że w żadnym przypadku jaskry nie brak jest zmian chorobowych w naczyniach krwionośnych. v. Michel[7] w swoim podręczniku chorób ocznych i Haab również na temsamem stanowisku stoją. Jedną z najważniejszych przyczyn jaskry jest według Langego[8] i Blessiga[9] choroba ogólna ustroju a mianowicie zaburzenia w krążeniu krwi. O związku jaskry z zaburzeniami w krążeniu krwi świadczą wymownie przypadki R. dw. Prof. Wicherkiewicza. W przypadkach tych napady jaskry połączone były z zaburzeniami jelitowemi występującemi z uderzeniami krwi do głowy. Leczenie tylko miejscowe (irydektomia) nie wystarczyło

do usunięcia napadów jaskry, a zastosowanie dopiero środków przeczyszczających jak woda maryenbadzka uchroniła chorego od ciągle powtarzających się nawrotów jaskry.

Blessig nawet omawiając leczenie jaskry wypowiada zdanie, że nie oko chore na jaskrę ma być przedmiotem naszego leczenia, ale cały człowiek na jaskrę cierpiący. Terson i Campos[10] w r. 1908 przeprowadzili badania nad wysokością ciśnienia krwi w 30 przypadkach jaskry używając przyrządu Potaina Z badań tych przekonano się że z 4 przypadków jaskry krwotocznej w 2 razach było bardzo znaczne podwyższenie ciśnienia krwi w 2 zaś tylko średniego stopnia. Lekkie tylko podniesienie ciśnienia krwi zauważyli Terson i Campos w przypadkach *Glaucoma simplex.* Przy badaniu jaskry zapalnej w przypadkach chronicznych zawsze stwierdzili silne podwyższenie ciśnienia krwi w przypadkach zaś jaskry ostrej zapalnej prócz notowanych przypadków, podwyższenia ciśnienia krwi zanotowanych zostało 5 przypadków w których ciśnienie krwi nie było wzmożone. Bajardi[11] przypisuje również wielkie znaczenie ciśnieniu krwi w jaskrze, zmianom jednak chorobowym naczyń krwionośnych tylko działanie pośrednie. W pracy swojej zaznacza jednak, że może być ciśnienie tętnicze wzmożone, a jaskry mimo to może nie być. Na podstawie tego twierdzić można że bezpośrednią przyczyną jaskry są przy ogólnem bardzo często podwyższeniu ciśnienia krwi zmiany miażdżycowe w naczyniach krwionośnych w samem oku położonych. Na 35 przypadków zapalnej jaskry chronicznej znalazł autor w 19 przypadkach podwyższenie ciśnienia krwi. W *glaucoma simplex* z 16 przypadków tylko w 6 spostrzegać było można podwyższenie ciśnienia krwi. Ciśnienie badane było przyrządem Riva-Rociniego. W 19 przypadkach Laquie'za[12] we wszystkich ciśnienie krwi było podniesione. Podobne wyniki, bo na 14 przypadków w 13 ciśnienie krwi było podniesione otrzymał mierząc przyrządem Riva-Rocciego w modyfikacyi Laulanie'go Frenkel. Również badania ciśnienia krwi przyrządem Potaina wykonane przez Josepha[13]) stwierdzają w 15 przypadkach na 18 badanych

podwyższenie ciśnienia krwi (do 210 mm Hg) skurczowego. Z wynikami podprzednio przytoczonych autorów w zupełnej sprzeczności stoją badania Krämera[14] z r. 1910. Autor ten przeprowadził badania na 45 chorych na jaskrę i na 90 chorych będących mniej więcej w tym samym wieku, co chorzy z jaskrą. Ciśnienie krwi mierzył przyrządem Gärtnera w przerobieniu Taubera ciśnienie śródoczne tonometrem Schietza. Na 45 przypadków jaskry tylko w 16 przypadkach ciśnienie krwi było podniesione (t. j. 35·6%). Badania kontrolne wykazały że u chorych nie mających objawów jaskry różnica w tym samym mniej więcej procencie, bo w 33·3% podwyższenie ciśnienia krwi można było stwierdzić. Wyniki tych badań kontrolnych wykazać mają według Krämera że klinicznie nie można stwierdzić bezpośredniego związku przyczynowego między podniesionem ciśnieniem krwi, a wzmożonem napięciem gałki ocznej przy jaskrze. Ze zdaniem tem zgadza się teraz i Terson[15] (1907) który dawniej wielkie znaczenie wzmożonemu ciśnieniu krwi przypisywał. Terson, przyznaje że wzmożone ciśnienie krwi ma znaczenie, jakiego jest ono jednak rodzaju pozostaje dotychczas przysłonięte tajemnicami. Aczkolwiek Krämer wypowiada się stanowczo przeciw ścisłemu związkowi między podwyższonem ciśnieniem krwi a wzmożonem ciśnieniem śródocznem, to jednak zwraca uwagę, że ścisłą odpowiedź na to pytanie możeby się dało dać używając takiego sposobu oznaczenia ciśnienia krwi, przy którymby można było oznaczyć wysokość jego tak w okresie skurczu, jakoteż i rozkurczu serca. Krämerowi wydaje się możliwem wystąpienie tętna tętniczego przy miernie wzmożonem napięciu gałki ocznej a mianowicie w tym przypadku, gdy różnica między ciśnieniem skurczowem a rozkurczowem krwi jest znacznego stopnia. W przypadkach tej znacznej różnicy ciśnień ogólne ciśnienie krwi może pozostać nie wzmożone. Jednym z takich sposobów oznaczenia skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi jest sposób Ehreta[16], [17], [18]. Polega on na następującem postępowaniu: Po założeniu naciskowego mankietu na ramię wzmaga się jego ucisk aż do

całkowitego ściśnięcia tętnicy. Osłuchując słuchawką 2 cm poniżej mankietu *A. cubitalis* w tym czasie nie słyszy się naturalnie nic. Obniżając następnie ucisk mankietu zaczyna się słyszeć początkowo ciche potem głośniejsze tony. Tony te są skórczowymi serca. Obniżając jeszcze dalej nacisk mankietu prócz głośnych zaczyna się słyszeć tony słabe. Tony te są natury rozkurczowej. Sposobem tym oznaczyć się daje również szerokość (*amplitudo*) tętna. Sposobu Ehreta do pomiarów ciśnienia krwi w przypadkach jaskry użył w pracy, która ukazała się w ostatnim zeszycie Graefés Arch. f. Ophthalm. 1911 r. R. Kümmel[19]. Badanie wykazało że u 30 chorych na jaskrę ciśnienie zawsze było podniesione. Ciśnienie największe było podczas skurczu, mniejsze podczas rozkurczu, a jeszcze mniejsze w międzyczasie między skurczem, a rozkurczem.

Zestawiając wyniki autorów zajmujących się stosunkiem wysokości ciśnienia krwi do wysokości ciśnienia śródocznego widocznem jest że znaczna większość badaczy spostrzegała w przypadkach jaskry wzmożone ciśnienie krwi. Z drugiej jednak strony ci sami autorzy opisują przypadki jaskry bez podniesienia się ciśnienia krwi i również przeciwnie znane są liczne przypadki, gdzie mimo stałego podniesienia ciśnienia tętniczego (np. w chorobach nerek) jaskra nie wystąpiła. Mimo tych wyjątkowych przypadków jaskry, w których ciśnienie krwi nie było podniesione jaskra przedstawia się jako schorzenie narządu wzrokowego w ustroju nieprawidłowym ale zazwyczaj zmiany w układzie naczyniowym wykazującym.

Badania własne.

Badania swoje przeprowadzałem w dwóch kierunkach. Pierwszy miał na celu stwierdzenie zachowania się ciśnienia krwi w przypadkach jaskry, drugi zaś miał odpowiedzieć na pytanie, czy może w surowicy krwi chorych na jaskrę a wykazujących objawy ogólnego podniesienia ciśnienia krwi nie znajduje się w zwiększonej ilości ciało tak ważne mające znaczenie dla napięcia naczyniowego, jakiem jest adrenalina. Wydzielina śródtorebkowej części układu nadnerczowego ciągle

dostaje się do ogólnego krwiobiegu drogą żyły nadnerczynowej (*v. suprarenalis*). We krwi więc już fizyologicznie znajduje się, pewna ilość adrenaliny, wykazać jej jednak przez długi czas nie zdołano. Pierwszemu dopiero Batelli'emu[20] udało się w r. 1902 przez odpowiednie zagęszczenie surowicy prawidłowej psa wykazać, że działanie tej surowicy podnoszące ciśnienie krwi odpowiadało rozczynowi adrenaliny 1:10—20 milionów. Następnie udało się wykazać adrenalinę w prawidłowej krwi O. B. Meyerowi[21] w r. 1900 i Fraenklowi[22] w r. 1909. Pierwszy użył sposobu naczyniowego (Gefässtreifenmetode), drugi, objawu kurczenia się włókien mięśniowych macicy pod wpływem adrenaliny. Z doświadczeń Fraenkla wynika, że w prawidłowej krwi wziętej z naczyń powierzchownie przebiegających w 1 cm³ znajduje się adrenalina w ilości 0·000.000.1—0·0000025 mg. Na pytanie dla czego mimo ciągłego wytwarzania adrenaliny tak mało się jej we krwi znajduje dali pierwsi odpowiedź Cybulski[23], [24] i Szymonowicz[25] Znikanie adrenaliny ze krwi po wprowadzeniu jej śródżylnem do ustroju odbywa się dzięki zatrzymaniu jej przez tkanki oddziaływujące na nią i następowemu jej utlenieniu. Drugą drogą, którą adrenalina ustrój opuszcza są nerki. Następne badania Embdena[26], v. Fürtha[27] i Kretschmera[28] stwierdzają że adrenalina również ulega rozkładowi dzięki alkaliczności krwi.

Te bardzo drobne ilości adrenaliny we krwi ludzi zdrowych nie dadzą się wykazać najpowszechniej używanym dla wykrycia adrenaliny odczynem biologicznym na wyjętem oku żaby Ehrmanna ani mniej czułemi od niego próbami chemicznemi. Ponieważ w moich doświadczeniach starałem się przekonać nie o fizyologicznych ilościach adrenaliny w surowicy, ale o ewentualnem jej zwiększeniu się, użyłem więc prób mniej czułych, jakiem jest z jednej strony odczyn Ehrmanna[28], [29], [30] z drugiej strony zaś prób chemicznych. Tak próba Ehrmanna jak też i próby chemiczne z prawidłową surowicą wypadają ujemnie Odczyn Ehrmanna występuje dodatnio w surowicy u chorych na nerki (Ehrmann), w cho-

robie Basedowa i w przypadkach ogólnej miażdżycy tętnic (Męsowicz i Maciąg[31]).

Badając u chorych z jaskrą odczyn Ehrmanna postępowałem w sposób ściśle przez niego podany, w kilku jednak przypadkach zauważyć mogłem, że źrenice obu ócz żaby po enukleacyi od samego początku trwania doświadczenia nie były równe, a również że czasem jedna źrenica miała większą skłonność do rozszerzenia się, podczas gdy druga była zupełnie unieruchomioną. Po spostrzeżeniu tych objawów ócz z tego rodzaju różnem zachowaniem się źrenic nie używałem naturalnie do doświadczeń. Przeglądając odpowiednią literaturę do odczynu Ehrmanna spostrzegłem, że na ten nierówny sposób zachowania się źrenic enukleowanych żaby zwrócił już uwagę Gautier[32] i Kahn. Gautier celem usunięcia przyczyny możności wysnuwania błędnych wniosków przy doświadczeniu Ehrmanna radzi poprzednio unieruchomienie źrenicą oka wyjętego żaby przez zadziałanie na niego światła sztucznego. Sposób postępowania Gautiera, którego i ja w trzech przypadkach doświadczenia użyłem jest następujący: Oczy wyjęte żaby posiadające maleńki kawałeczek nerwu wzrokowego wkłada się na 45 minut do wody w naczyńku zawartej i pozostawia się je w zupełnej ciemności. Po 45 minutach wystawia się gałki oczne rogówką ku górze układając na działanie silnego światła sztucznego (w moich doświadczeniach lampka elekryczna Wolframa 50-cio świecowa) na przeciąg kwadransa. Po naświetleniu obie źrenice są równej wielkości. Po odmierzeniu ich średnicy wkłada się jedną z gałek ocznych do płynu badanego na przeciąg jednej godziny. Druga gałka oczna pozostawiona we wodzie służy do kontroli. Po godzinie powtórnie obie źrenice przez kwadrans poddaje się naświetleniu. W razie obecności adrenaliny w płynie badanym źrenica oka badanego przed i po powtórnem wyżej opisanem naświetleniu jest szersza aniżeli u oka kontrolnego. Płynem badanym w moich doświadczeniach była surowica otrzymana z krwi wziętej drogą punkcyi żylnej dużą strzykawką Pravatza. Surowicę otrzymałem zapomocą odwirowania krwi.

Z prób chemicznych, mających za cel wykrycie obecności adrenaliny w surowicy krwi używałem próby G. Comessatiego[33] i A. Zangfrognini'ego[34]. Próba Comessatiego polega na spostrzeżeniu Mühlmanna, że wyciągi z nadnercza po dodaniu sublimatu zabarwiają się czerwono. Próbę Comessatiego z którą nigdy z surowicą prawidłową nie można otrzymać wyników dodatnich, wykonywać można w podwójny sposób. Pierwszy polega na dodaniu kilku kropli rozczynu sublimatu 1—2‰ do płynu badanego poczem w razie obecności adrenaliny po 1—3 minutach występuje rozlane różowe zabarwienie. Zabarwienie to po kilku godzinach znika. Drugi sposób próby Comessatiego wykonywałem w następujący sposób: 6—7 cm^3 surowicy mięszałem z podwójną ilością rozczynu sublimatu w alkoholu 95%. (10 gr. sublimatu + 200 gr. alkoholu 95%). Po dokładnem rozmieszaniu płynu przez wstrząsanie i odwirowanie pozostawia się płyn badany w ciepłocie pokojowej na 10—12 godzin. Po upływie tego czasu w razie obecności adrenaliny występuje zabarwienie różowe, odcień którego zależny jest od ilości adrenaliny w płynie zawartej. Co do nasilenia występowania zabarwienia czerwonego przy próbie Comessatiego zauważyć muszę wspólnie z Boasem[35], że zabarwienie czerwone staje się dużo silniejszem po zagotowaniu płynu. Przyczyną zabarwienia czerwonego jest według Comessatiego wytworzenie się oxyadrenaliny (Batelli) tej samej, która powoduje zabarwienie się czerwone starych rozczynów adrenaliny stojących na powietrzu. Nadmienić jeszcze należy, że ciała pokrewne adrenalinie jaką jest brenzkatechina, dają ze sublimatem inny odczyn barwny a mianowicie zielony.

Drugą próbą, którą wykonałem, była próba A. Zangfroghiniego. Polega ona na zasadzie, że w razie obecności adrenaliny brązowe dwutlenki manganu przechodzą w bezbarwne niższe tlenki nadające rozczynowi czerwone zabarwienie. Odczyn ten wykrywa adrenalinę w rozczynach 1:1,000000 i niezależny jest od odziaływania płynu badanego. Odczynnika (3 gr. K_2MnO_4 + 24 gr. aq. destil. + 8 gr. ac. lactici) dodaje

się kroplami, przyczem odczynnik zaraz się odbarwia i występuje zabarwienie różowe. Nadmiar odczynnika nie przeszkadza przy oznaczaniu adrenaliny, bo można go natychmiast usunąć jedną kroplą wody utlenionej.

Ażeby opis mego postępowania przy badaniach uzupełnić dodać muszę, że we wszystkich przypadkach badany był mocz na ewentualne nieprawidłowe w nim zawarte składniki.

Badałem 12 przypadków jaskry, z tych 8 chorych okazywało objawy jaskry zapalnej, 3 jaskry niezapalnej (*glaucoma simplex*), w jednym z przypadków rozpoznano jaskrę krwotoczną. We wszystkich przypadkach wyniki badań były zgodne, a postarałem się je uwidocznić w niżej podanej tablicy (zob. str. 166), w której przedziałkach wszystkie badania krótko są zaznaczone.

1) Ze zestawienia tego widoczne jest, że we wszystkich przypadkach jaskry znaleźć można podniesienie się ciśnienia krwionośnego.

2) Ciśnienie śródoczne, mimo braku objawów zapalnych, a mianowicie w przypadkach *Glaucoma simplex* (przyp. 4, 6, 7) może być znacznie podniesione. W przypadkach tych taksamo jak w przypadkach jaskry zapalnej spostrzegać można podwyższenie ciśnienia krwi. W jednym z przypadków *glaucoma simplex* chory cierpiał na zapalenie chroniczne nerek (przyp. 7) w przypadku 5 ilość białka wynosiła 0.005$^0/_0$ ale odnieść go należałoby prawdopodobnie do obfitej wydzieliny ropnej u chorej tej spostrzeganej.

3) W jednym przypadku jaskry krwotocznej powikłanej z zapaleniem nerek ciśnienie krwi znacznie było podwyższone, dochodziło bowiem do 170 mm Hg.

4) We wszystkich przypadkach jaskry wykazać było można obecność adrenaliny we krwi tak odczynem biologicznym E h r m a n a jak też i mniej czułemi od niego próbami chemicznemi C o m e s s a t i e g o i L a n g f r o g u i n i e g o.

5) Obecność adrenaliny w surowicy krwi chorych na jaskrę jest jednym z dowodów ogólnego schorzenia ustroju.

Stwierdziwszy w dotychczas badanych przypadkach ja-

Liczba	Nazwisko chorego, wiek Nr dziennika	Rozpoznanie kliniczne	Ciśnienie krwi	Schiötz ciśnienie śródoczne	Ehrmann	Comessati	Zangfrognini	Mocz
1	C. Z. 64 l. 2092/911 r. .	Gl. infl. chron. d. aent. s.	165 mm	pro. 17 lo. 46	+	b. słab. +	+	—
2	K. M. 60 l. 2090/911 r.	Gl. infl. chr. o. n. . . .	170 mm	pro. 48 lo. 42·5	+	+	+	—
3	R. L. 53 l. 2308/911 r. .	Gl. inf. chr. abs. dex excav. glouc. colob. irid. abs. if. in	168 mm	pro. 48 lo. 55	+	+	+	białko
4	C. K. 52 l. 2305/911 r. .	Glauc. simplex o. sin .	140 mm	—	+	+	+	ślad 0·005%
5	K. M. 50 l. 2889/911 r.	Gl. infl. subu ou pr. sin .	152 mm	pro. 31 lo. 36	+	słaby +	+	cukier
6	G. M. 68 l. 3944/911 r. .	Gl. simplex ocut. . . .	160 mm	pro. 43 lo. 60	+	+	+	—
7	U. M. 38 l. 3892/911 r. .	Gl. simplex ocutr . . .	160 mm	pro. 44 lo. 61	+	+	+	białko $^{1}/_{4}$‰
8	L. St. 2961	Gl. subac. o. d.	nie badane	nie badane	+	—	słaby +	—
9	K. B. 55 l.	Prodr. glaac. d. Gl. infl. f. abs. in.	152 mm	pro. 44 lo. 53	słaby +	+	+	—
10	P. B. 70 l. 3180/911. .	Gl. infl. chr. f. abs. o. dex.	185 mm	pro. 44	+	+	+	—
11	K. G. 38 l. 2417/911 . .	Gl. haemorrh.	170 mm	—	słaby +	—	+	białko
12	S. C. 3182/911	Gl. infl. f. abs. os . . .	—	—	+	+	+	cukier

skry kliniki krakowskiej obecność adrenaliny w surowicy zachodzi pytanie, jaki wpływ ona mieć może na powstanie jaskry.

Adrenalina działać tu może w dwóch kierunkach a mianowicie: podwyższa ciśnienie krwi i działa na cały układ nerwowy sympatyczny. W następstwie podniesionego ciśnienia krwi przychodzi do przekrwienia czynnego w naczyniach krwionośnych gałki ocznej. Przekrwienie to będzie tem większe, lub słabsze im więcej lub mniej naczynia krwionośne oka utraciły swoją elastyczność w następstwie zmian miażdżycowych tak często przez badaczy spostrzeganych. W następstwie podwyższonego ciśnienia w naczyniach krwionośnych oka przychodzić musi do zwiększonego z nich przesięku, a wreszcie do podwyższenia ciśnienia śródocznego. W zwyczajnych prawidłowych warunkach, choćby przyszło w pewnych razach do podniesienia ciśnienia krwi w naczyniach krwionośnych oka i następotwo do silniejszego przesiękania, podwyższenie ciśnienia śródocznego będzie tylko chwilowe, bo narząd wzrokowy odznacza się możnością szybkiej regulacyi dopływu w stosunku do odpływu. Już Wessely wykazał doświadczalnie, że urządzenia ochronne oka są tak dokładne, że natychmiast w razie wzmożonego ciśnienia śródocznego w następstwie zwiększonego przesiękania, przesiękanie musi się zmniejszyć a temsamem i przyczyna zwiększonego ciśnienia śródocznego musi odpaść. W przypadkach jednak jaskry adrenalina krążąca w ustroju działa i na układ sympatyczny nerwowy. Działając na cały układ sympatyczny musi działać również i na włókienka narwu sympatycznego unerwiającego mięsień rozszerzający źrenicę. Pod wpływem zadrażnienia tych włókien adrenaliną źrenica ulega rozszerzeniu, rozszerzenie zaś to w oku, w którem wytwarzanie cieczy jest wzmożone, wpływa na utrudnienie odpływu. Następstwem więc tych dwu działań adrenaliny na wysokość ciśnienia krwi i na tęczówkę możnaby sobie tłómaczyć stałe podniesienie ciśnienia śródocznego. Operacye przeciwjaskrowe irydektomia Graefego czy *sclerotomia cruciata superficialis* Wicherkiewicza[36] jako ułatwiające odpływ cieczy śródocznej usuwają wzmożone napięcie gałki ocznej, a z niem

inne następowe objawy jaskry. Jak należałoby sobie jednak tłómaczyć przypadki jaskry jednostronnej, a z drugiej strony przypadki o silnem podniesieniu ciśnienia krwi z obecnością adrenaliny we krwi bez objawów jaskry ze strony narządu wzrokowego? Co do pierwszego pytania zaznaczyć należy że w większości przypadków po wystąpieniu objawów jaskry na jednem oku zwykle po dłuższym lub krótszym czasie jaskra i na drugiem oku się rozwija. Z drugiej zaś strony, jak już wyżej wspomniałem wystąpienie stałego podniesienia ciśnienia śródocznego zależne jest nietylko od wzmożonego ciśnienia krwi, ale i od zdolności regulacyjnych ciśnienia śródocznego. Zdolność ta będzie tem większa, im mniej będą naczynia oka miażdżycowo zmienione. Nawet dalej idąc można z Mönkebergiem[37] i in. twierdzić, że obecność zmian miażdżycowych w ustroju nie dowodzi konieczności istnienia jej we wszystkich organach ustroju. Tak więc można wyobrazić sobie że możliwe są przypadki miażdżycy z podniesieniem ciśnienia krwi z zapaleniem nerek, w których nie będzie zmian tego rodzaju w oczach, względnie będą w jednem oku, brak zaś ich będzie w drugiem. Przy powstaniu stałego podniesienia ciśnienia śródocznego przy jaskrze działa adrenalina, działając na mięsień rozszerzający źrenicę. Stopień zadziałania jednak zależy od ilości adrenaliny krążącej w ustroju i od wrażliwości mięśnia rozszerzającego źrenicę. Wrażliwość ta może być różna i zdarzać się może, że źrenica się nie rozszerzy lub rozszerzy się niedostatecznie, ciśnienie śródoczne podnieść się więc nie może. Za przypuszczeniem tej mniejszej wrażliwości tęczówki na adrenalinę przemawiają również spostrzeżenia nad odczynem Ehrmana, przy którym spostrzegać mogłem że jedna i ta sama surowica zawierająca adrenalinę na źrenicę dwóch żab różnych rozmaicie działała powodując w jednem oku większe, w drugiem mniejsze rozszerzenie źrenicy.

Literatura.

1. Graefe-Saemisch Handb. d. Ges. Aghk. Br. II. Th. 1903.
2. v. Hippel u. Grünhagen. Arch. f. Opht. B. XIV. 3. S. 219—58. 1868.

3. v. Hippel u. Grünhagen. Arch. f. Ophthalm. Bd. XV. 1. S. 265—287. 1869.
4. Adamük Sitzungsber. d. Wiener Akad. d. Wiss. LIX. 2. Febr. 1869.
5. Schulten. v. Graefes Arch. f. Ophthalm. XXX. 3. S. 176. 1884.
6. Kuhnt. Heidelberg. Ophthalm. Ges. 1884.
7. v. Michel. Lehrbuch d. Aghk.
8. Lange. Samml. zwangl. Abhandl. 1.
9. Blessig według R. Kümmla. Graefes Arch. f. Ophthalm. Bd. LXXIX. H. 2. 1911.
10. Terson et Campos. Arch. d. Ophthalm. 1898. p. 209.
11. Bajardi. Giornale della R. Acad. du Medie di Torino LXVIII
12. Laquièze. Thèse de Toulouse. 1907.
13. Joseph. Thèse de Paris 1904.
14. Krämer. v. Graef Arch. f. Ophthalm. Bd. LXXIII. S. 349. 1910.
15. Terson. Soc. belge d'ophthalm. Annal. d'oculist. CXL. p. 224. 1907.
16. Ehret. Münch. med. Woch. 1909. S. 606.
17. — ibidem 1909. S. 959.
18. — ibidem 1911. S. 243.
19. Kümmel. v. Graefes Arch. f. Ophthalm. Bd. LXXIII. 2. 1911.
20. Batelli. Comptes rendus de la société de biologie 1902.
21. O. B. Meyer. Zeitschr. f. Biologie 48. p. 352—397. 1906.
22. Fraenkel. Arch. f. exper. Pathol. u Pharmak. 60. p. 395. 1909.
23. Cybulski. Gaz. lekarska 1895.
24. — Wien. med. Woch. 1896.
25. Cybulski i Szymonowicz. Anzeig. d. Krakauer Akad. d. Wis. 1896.
26. Embden u. Fürth Hofmeister. Beitr. z. chem. Physiol u. Pathol. 1904.
27. Kretschmer. Arch. f. ex per Pathol. u. Pharmak. 1907.
28. Ehrmann. Arch. f. ex per. Pathol. u. Pharmak. 53. 1905.
29. — Deutsche med. Woch. 1908.
30. — Deutsche med. Woch. 1909.
31. Mięsowicz i Maciąg. Gazeta lekarska Nr 49. 1908 i Fol. serolog. II. 1900.
32. Gautier. Compt. rendus de la société de biol. 1909. T. 672.
33. G. Commessati. Berl. Klin. Woch. 1909.
34. A. Zangfrognini. Deutsche med. Woch. 1909.
35. K. Boas. Centralbl. f. Phys. 1909. 22. p. 825. 23. p. 252.
36. Wicherkiewicz. Postęp okulistyczny 1908. p. 340.
37. Mönckeberg. Virchows. Arch. Bd. CLXXI.

II. STRESZCZENIA.

Wiestnik oftalmologii. R. 1911. Marzec, kwiecień, maj i czerwiec. (Ref. Dr M. Szafnicki).

O przyczynach i sposobie powstawania kryptophtalmus. Dr I. I. Ginzburg.

Autor bardzo szczegółowo przytacza odnośne przypadki ogłoszone w literaturze, opisuje jeden przypadek z własnej praktyki i następnie omawia wszystkie teorye powstawania tej wady rozwojowej. Kończy pracę uwagą, że w tej dziedzinie dużo pozostaje jeszcze pytań, na które może dalsze badania dadzą zadawalającą odpowiedź.

Gruźlica przedniej części oka. A. W. Natanson.

Autor opisuje 5 przez siebie obserwowanych przypadków dotyczących dzieci w wieku 3—12 lat. Przytacza odnośną literaturę, omawia dyagnostykę różniczkową, trudności rozpoznawcze i leczenie; sam nic oryginalnego do literatury nie wnosi.

O syfilomatach ciałka rzęskowego. W. P. Filatow.

Druga połowa pracy ogłoszonej w numerze styczniowym W. O. Autor omawia objawy, dyagnostykę, zejścia, sposoby leczenia, anatomię patologiczną i etyologię tego cierpienia. Przytacza bardzo obszernie odnośne zapatrywania już ogłoszone w literaturze, sam nic nowego nie wnosząc. Praca nadająca się do obszernego podręcznika okulistyki.

O leczeniu zapalenia miąższowego rogówki wstrzykiwaniu podspojówkowem rtęci. A. G. Dmitriew.

Autor stosował u 18 chorych z *kerat parench.* wstrzykiwania sinku rtęci (1—3000). Zupełne wyzdrowienie wystąpiło w 9 przypadkach, w tych w 8 była świeża, a w 1 stara *kerat parench.* Znaczne polepszenie zauważył autor w 4 przypadkach. W tych 13 przypadkach anamneza wykazywała: w 7 — wrodzoną, a w 2 nabytą kiłę, gruźlicę w 1 przypadku, a 3 niejasne. Bez skutku pozostało leczenie u 3 chorych. Znaczne pogorszenie wystąpiło 2 razy: U jednego chorego *kerat parench.* była na tle gruźlicy a drugiego etyologia była niejasna. Przeciętnie robił autor 15 wstrzyknięć. W jednym przypadku prócz *kerar parench.* była *chorioretinitis pigmentosa.* Po 10 wstrzyknięcich nastąpiło zupełne wyle-

'czenie. Autor na podstawie swoich doświadczeń przychodzi do wniosku, że podspojówkowe wstrzykiwania sinku rtęci są nader cenne przy leczeniu *kerat. parench.*, skracając długość leczenia. Szczególne zaś znaczenie mają przy świeżych formach *kerat parench. luetica.*

Dwa przypadki tenonitis. O. R. Lurie. Autor opisuje przypadek *tenonitis serosa* charakterystyczny z tego, że sprawa ciągnęła się 5 miesięcy, podczas gdy opisane dotąd w literaturze przebiegały ostro. Drugi przypadek *tenonitis suppuratira* spowodowany *bac. influenzae.* W przeciągu 4 tygodni pomimo starannej opieki, przyszło do *panophthalmitis i phtisis bulbi.*

„606“ w praktyce ocznej. G. A. Gorbunow.

Autor stosował salwarsan w 4 przypadkach *atrophia n. opt. tabetica*, w 4 — *keratitis parenchymatosa*. w 2, gdzie była *paralysis oculomotorii.* Na podstawie tych przypadków autor przychodzi do następujących wniosków: Bezsprzecznie »606« jest nieszkodliwym środkiem w leczeniu zaniku nerwu wzrokowego, przeciwnie, przetwór ten tak zbawiennie działa na włókna nerwowe, że te z nich, które już blizkie były zupełnego zaniku, zaczynają na nowo funkcyonować, wzmaga się ich żywotność, czego nie daje żadne inne leczenie. W leczeniu *kerat parenchym.* należy uważać salwarsan za nader skuteczny środek, zapewniający szybki i pewny rezultat. Porażenie nerwu okoruchowego nie poddaje się tak dobrze leczeniu salwarsanem może dlatego, że chodzi tu o sprawy stare, należy wobec tego przypuszczać znaczne zmiany w budowie włókien nerwowych, co przeszkadza powrotowi do stanu normalnego. Brak reakcyi Wassermanna powinien powstrzymywać od stosowania »606«, gdyż można się spodziewać w takich razach nawet szkodliwego działania tego środka.

Dwa przypadki gruźlicy tylnego odcinka gałki ocznej. A. N. Natanson.

Autor opisuje 2 przypadki gruźlicy naczyniówki, które obserwował u dzieci dwuletnich. Postawił rozpoznanie glioma. Omyłkę stwierdziło badanie mikroskopowe, gdzie prócz tworów olbrzymich i komórek nabłonkowatych, można było zauważyć prątki gruźlicy. Następnie przytacza autor odnośną literaturę.

Przypadek kataru wiosennego. I. N. Morcew.

U chłopca 13-letniego autor spostrzegał katar wiosenny jednocześnie z jaglicą przewlekłą. Przypadek rzadki jeszcze i z tego powodu, że zdarzył się u mieszkańca Białej Rusi, gdy zwykle spo-

tyka się go na południu Rosyi. Co do etyologii tego cierpienia autor zgadza się z Axenfeldem, który widzi przyczynę tego cierpienia w specyalnym mikrobie.

Przypadek nienormalnego rozwoju mięśni zewnętrznych oka u człowieka. S. Tier-Arutiniauc.

Autor spostrzegał u chorego operowanego z powodu *strabismus interno-sursumvergens* nadzwyczaj silny przerost mięśni prostych górnego i wewnętrznego. Ścięgno mięśnia wewnętrznego przy twardówce rozszerzało się wachlarzowato do 15 mm., a ścięgno górnego prostego do 10 m. wobec tego nie udało się operatorowi w zupełności odnośne mięśnie przeciąć, gdyż pozostały połączenia boczne z torebką Temona. Podobny przypadek, lecz dotyczący jednego tylko mięśnia prostego wewnętrznego opisał w r. 1907 prof. Wicherkiewicz. Dotąd ogłoszono w literaturze 3 podobne przypadki. Dodać należy, że w opisywanym przez autora przypadku mięsień dolny i zewnętrzny był zupełnie zanikły i przedstawiał cienkie ścięgniste pasemko.

Z powodu referatu Dr Kubli: Czy można powiedzieć prawdę chorym, którzy mają jeszcze nieznaczną bystrość wzrokową, ale którym grozi ślepota, żeby im dać możność przygotowania się do nowych warunków życiowych.

Autor jest zdania, że osobom w starszym wieku z rozpoczynającemi się zmętnieniami soczewki nie powinno się mówić o grożącej zaćmie. Postępowanie przy zaniku n. wzrokowego autor rozróżnia. Osobo mbiednym stanowczo należy mówić całą prawdę, żeby nauczyły się jakiego rzemiosła, przy którem można się obejść bez widzenia, ażeby nie pozostawić ich w razie ślepoty bez środków do życia. Osobom zamożnym można zostawić pewną nadzieję utrzymania wzroku, gdyż nawet w razie ślepoty, nie zostają oni bezradni, a taka nadzieja, jak mówi Hamburger, »ozłaca cierpienie«.

W sprawie anatomii torebki Tenona i zapaleń tejże. P. Czystiakow.

Autor w pierwszej połowie swej pracy, przytacza badania nad anatomią torebki Tenona innych autorów, a następnie wyraża zupełnie zgodne w tej sprawie swoje zdanie. W drugiej części opisuje doświadczenia nad zwierzętami celem wywołania zapalenia torebki Tenona i przychodzi do wniosku, że wywołać jedynie to zapalenie bez zapalenia tkanek otaczających jest rzeczą bardzo trudną.

Przypadek żółtej plamy rogówkowej i próba usunięcia tej zmiany sposobem Guilleryego. Drmed. P. Scheffer.

Autor obserwował mężczyznę 20-letniego, który w celu uwolnienia się od służby wojskowej jakąś żrącą substancyą spowodował plamę rogówki żółtej barwy. Przypuszczając, że spowodowana ona była lapisem, autor stosował sposób Guilleryego. W ciągu 2 tygodni kąpał oko w rozczynie chlorku amonowego z kwasem winnym. Rozczyn tego ostatniego stale pozostawał jednaki 0,1%, gdy rozczyn chlorku amonowego zwiększał od 10—20%. Po 2 tygodniach w miejscu plamy pozostały grudki czarnej substancyi, najprawdopodobniej zredukowanego srebra. Wobec powierzchownych nadżerek rogówki autor zaprzestał leczenia. Każdorazowa kąpiel trwała $^1/_2$ godziny, 2 razy dziennie. Uprzednio oko było znieczulone alypiną, pomimo to jednak ból był bardzo silny.

W kwestyi przejściowej zmiany refrakcyi w cukrzycy. M. W. Kadziński.

Autor obserwował przypadek, ciekawy z tego względu, że wystąpiło tu zmniejszenie refrakcyi podczas cukrzycy — z myopa chory na czas choroby stał się emmetropem. Cukru w moczu było 7.4%. Po 2 miesiącach, gdy cukru było 1%, wystąpił poprzedni stan refrakcyi, t. j. mp. 1,5.

W sprawie conjunctivitis Parinandi. M. T. Starodubcewa.

Autorka badała odnośny przypadek bakteryologicznie i histologicznie i również, jak inni badacze nie znalazła żadnych typowych zmian dla tego schorzenia.

Przypadek śluzoropotoku i torbielowatego rozdęcia wyłącznie górnego kanaliku łzowego. A. Pokrowski.

Autor obserwował u chorego, dotniętego jaglicą w 3 okresie, na lewem oku w okolicy górnego kanaliku łzowego guzek o wymiarach: długość 9 mm szerokość 5 mm. Na wypukłej jego części widać było punkcik łzowy, z którego jednak nawet przy ucisku nic się nie wydobywało. Dolny kanalik prawidłowy, drożny. Chory prosił o usunięcie, gdyż guzek ten zawadzał mu. Przy wycinaniu guzek pękł i wylała się z niego ciecz jasno-żółta. Badanie histologiczne ścianek guzka wykazało utkanie kanalika łzowego: w części przylegającej do punktu łzowego — nabłonek wielowarstwowy płaski, bliżej worka łzowego — wielowarstwowy cylindryczny.

O stosowaniu galwanokaustyki przy ropnych sprawach rogówkowych. A. P. Władyczenski.

Autor na podstawie 41 leczonych przez siebie przypadków i doświadczeń na królikach, którym wstrzykiwał hodowlę pneum. Fraenkla,, *strept pyog.* i *staph. pyog. aurens.* przychodzi do następujących wniosków: przypalanie galwanokauterem może powstrzymać rozwój sprawy ropnej, jeżeli jest stosowane we wczesnym okresie choroby, gdy objawy ropnego zapalenia nie zupełnie się jeszcze rozwinęły, przyczem wszystkie kolonie drobnoustrojów muszą być zniszczone: przypalanie w rozwiniętych postaciach zapalenia ropnego pozostaje bez skutku; stosowanie tego zabiegu przy ustępującej sprawie nie przyspiesza wyzdrowienia, zasadniczej różnicy w obrazie anatomopatologicznym w sprawach leczonych i nieleczonych przypalaniem, zauważyć nie można; wartość tego środka leczniczego stanowczo jest przez wielu autorów przeceniona.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdanie z obrad Sekcyi okulistycznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie

(17—21 lipca 1911 r.)

ułożył

K. W. MAJEWSKI.

Posiedzenie I-sze. dn. 18-go lipca o godz. 3-ej po poł.

Przewodniczy Machek ze Lwowa.

Obecnych 29-iu członków.

Gospodarz sekcyi, Wicherkiewicz, zagajając posiedzenie, przemówił następującemi słowy:

Witam Panów jaknajserdeczniej w tych murach, gdzieśmy przed 11 laty na naukowych pogadankach spędzili tyle miłych chwil. Wedle uchwały sekcyi okulist. ostatniego Zjazdu we Lwowie mieliśmy już w następnym roku spotkać się znowu na tym samym terenie. Zawsze zachodziły jakieś trudności, a ankieta urządzona

przez nas nie doprowadziła do żadnego wyniku, bo jedni chcieli lata, inni zimy, jeszcze inni wiosny a i za czwartą porą roku oświadczyli się jeszcze inni. Nie wiem, czemu przypisać, nie powiem niechęć, ale pewną obojętność dla spraw naszej specyalności w naszem polskiem społeczeństwie, mówię oczywiście o obojętności szerszych kół, bo zawsze znam grono gorliwych, którzy i dziś dopisali, za co im się należy podziękowanie — kilku innych panów w ostatniej chwili zaskoczonych przeszkodami nie stawi się jak, doc. Noiszewski i Dr Ziemiński, a sądzę, że panowie wraz ze mną ubolewacie nad tym tak przykrym dla nas ubytkiem.

Nie wielu nas stanęło, jak dotychczas, do tej naukowej pracy, ale powiedzmy sobie *non multa sed multum* i w tym duchu zabierzmy się do dzieła i z tem hasłem raz jeszcze witam Panów życząc, byście w Krakowie miłe spędzili dni.

Na wniosek Komitetu wybiera sekcya prezesami honorowymi: Macheka ze Lwowa, Kramsztyka z Warszawy, Rumszewicza z Kijowa, Kolińskiego z Łodzi, Niegolewskiego z Poznania; na sekretarzy honorowych: Bednarskiego ze Lwowa, Reisa ze Lwowa, Marczewskiego z Częstochowy, Karnickiego z Petersburga i Tkalciča z Zagrzebia.

Temat ogólny: »*Etyologia i postacie kliniczne zapalenia jaglicowego*«.

Sprawozdawcy: Rosenhauch, Kramsztyk, Wicherkiewicz.

1) Referat Rosenhaucha:

W nowinach lekarskich 1910 ukazał się artykuł tegoż autora pod podobnym tytułem. Obecnie zbiera autor dane badania, dołączając do nich nowe spostrzeżenia i doświadczenia Lindnera, Wolfauna, Halberstädtera, Herzoga i in. i przedstawiając stanowisko, jakie zajmuje szkoła Wicherkiewicza wobec badań nad etyologią jaglicy na podstawie prac innych autorów, jakoteż spostrzeżeń i doświadczeń w klinice krakowskiej.

2) Referat Kramsztyka:

Istota i groza jaglicy to ostatnie okresy choroby: blizny łuszczka, zawrócenie powiek. Blizna jest następstwem najrozmaitszych spraw patologicznych. Łuszczka i entropion, to skutek blizn albo uszkodzeń, — więc niedorzecznem jest twierdzenie, że te zmiany są niezbędnie następstwem jakiejś jednej, wyłącznie specyficznej przyczyny. Toteż zwolennicy specyficzności jaglicy przyjmują, że pierwszym ich obowiązkiem jest odnaleść owe pierwsze okresy. Ale to trudność prawie nie do pokonania. Jaglica trwa lat

bardzo wiele, zanim dojdzie do okresu końcowego, do blizn. Już pamięć ludzka nie może śledzić i objąć tego długiego okresu więc zestawia się pierwotne objawy z końcowymi, choć tego nie spostrzega się u jednego chorego. Więc są to zestawienia dowolne. Ów pierwszy okres podają wszyscy rozmaicie. Bywa to albo nagromadzenie ziarn jaglicowych, albo rozwój brodawek na powierzchni spojówki, albo jedynie zgrubienie spojówki, albo — najczęściej — mieszanina tych objawów. I oto rzecz dziwna, zarazek specyficzny ma wywoływać zrazu rozmaite objawy, a dopiero okres końcowy — zawsze jednostajny — zbliża te różne postacie. I jeszcze niezbędnie każdy pisarz dodać musi, że te wszystkie pierwotne postacie jaglicy mogą przejść pomyślnie, nie doprowadziwszy do zmian groźnych. Poszukują wprawdzie bardzo subtelnych odmian i różnic, które mają odróżnić choroby łagodne od trachomatu, ale napróżno. Te subtelne, a gwałtem poszukiwane różnice dowodzą, że nie bezstronnemi oczyma patrzymy na chorą spojówkę, ale uprzedzeni, przekonani z góry o specyficzności, odmienności i jednolitości jaglicy. To wyraz, który dawno utracił znaczenie tak panuje nad umysłami. Nasz stosunek do jaglicy przypomina epoki scholastyczne. Możnaby spokojnie czekać na rozwiązanie kwestyi naukowej, gdyby ten nasz pogląd nie był dla chorych szkodliwym. W okresie różnych następstw, w niejasności okresów początkowych niektórzy lekarze już każdą chorobę spojówki zwłaszcza nieco uporczywszą uważają za jaglicę i leczą zbyt energicznie ku wielkiej szkodzie chorego. W obawie rozszerzenia urojonych klęsk utrudniają ludziom życie, wypędzają ze szkół, z kolonii letnich, z okrętów emigracyjnych. Wyraz może nieraz szkodzić, jak człowiek złośliwy, a trachomat należy do największych przestępców pomiędzy wyrazami, więc ten wyraz należy usunąć; zaniechać tak uporczywych, choć wciąż zawodzących poszukiwań specyficznego zarazka jaglicy utworzyć nową nomenklaturę i klasyfikacyę chorób spojówki, obmyśleć ściślejszą metodę badania chorób tak przewlekłych i bezstronnym umysłem prowadzić te badania. Przyczynę tak rozmaitego, przebiegu chorób szukać raczej w różnych własnościach organizmu w odmiennych warunkach życia, nie zaś w przypuszczalnej specyficznej, a urojonej bakteryi.

3) Referat Wicherkiewicza:

Zapalenie trachomatyczne, prowadzące zawsze do wybitnych zmian w spojówce, a często także i rogówce i sąsiednich tkankach ocznych, występuje już to w postaci wyłącznie a) jaglicowej albo b) papilarnej, już to mięszanej c) jaglicowo papilarnej, albo wreszcie d) włóknistej (*trachoma sclerosum* czyli *sclerotrachoma*).

D y s k u s y a. L i k i e r n i k: W okolicy, w której jaglica jest rozpowszechnioną, obserwować można w różnych generacyach jednej rodziny razem mieszkającej wypadki *conj. follicuraris* z przebiegiem chronicznym, dające się wyleczyć doszczętnie i to bez blizn, gdy tymczasem u niektórych osobników tej samej rodziny obraz kliniczny pierwotnie identyczny prowadzi do blizn na spojówce i do łuszczki t. j. do typowego obrazu jaglicy. Stąd wynika trudność kliniczna do odróżnienia *conj, follicularis* z przebiegiem chronicznym od *conj. granulosa* w początkowych okresach choroby i co najważniejsze do postawienia prognozy względnie kwalifikowania zaraźliwości. Jako kryteryum zaraźliwości może uchodzić tylko ropna wydzielina.

Należy zwócić uwagę na bezsporne wypadki jednostronnego zachorowania na jaglicę, będącą w okresie drugim t. j. przy istnieniu już blizn i łuszczki, ze względu na etyologię tych wypadków do czasu odkrycia hypotetycznego specyficznego zarazka. Jeśli przypuścić można, że inteligentny chory na jaglicę jednostronną zachowywał pewne ostrożności zapobiegawcze (jak używanie oddzielnego ręcznika dla prawej i lewej strony twarzy, poduszeczek, wycieranie prawego oka prawą ręką *et vice versa*), to trudno przypuścić zachowania tej ostrożności w klasach niekulturalnych, w których obserwowałem takie wypadki. To mię skłoniło do zastanowienia się nad przyczynami usposabiającemi do jednostronnego zachorowania na jaglicę. Za przyczynę usposabiającą uważam: 1) Dające się spostrzegać u niektórych osób przyzwyczajenie do ściskania kurczowego powieki jednego oka odruchowo pod wpływem działania promieni słonecznych na ulicy (*gewohnheitsmässiges Kneifen*), przyczem oko wciąż zaciskane jest okiem usposobionem do jaglicy, na tej zasadzie, że zarazek usposabiający (pył uliczny) w momentach otwierania oczu, pod wpływem zmiennego natężenia światła słonecznego i siły wiatru na ulicy, w czasie zaciskania powiek łatwiej jest zaszczepianym w samą tkankę spojówki. 2) Katary dróg nosołzowych, występujące jednostronnie, usposabiają stronę chorą do zachorowania na jaglicę. 3) Każde ostre zapalenie oczów, może być przyczyną do zachorowania na jaglicę.

Nadmienić muszę, że przy badaniu robotników fabrycznych, zgłaszających się do badania przed objęciem roboty, widziałem spojówkę z bliznami (jak po jaglicy). Mieli oni zresztą zdrowe oczy i podobno nigdy nie odczuwali żadnej dolegliwości. Tem niemniej przekonany jestem, że te blizny na spojówce są następstwem jaglicy we wczesnym okresie życia, albo też *blennorrhoea neonatorum*.

R u m s z e w i c z: zauważa, że o ile chodzi od mrużenie oka cierpiącego, to jest to nie przyczyną, lecz następstwem cierpienia.

Co do względu klinicznego — w istocie w niektórych razach bardzo trudno jest przyznać tę, lub inną postać — *folliculosa*, lub *granulosa* — zwłaszcza przy nagminnym rozwoju cierpienia.

W i c h e r k i e w i c z: Wspomniałem poprzednio, iż nie zaprzeczam, by jaglica mogła wystąpić jednostronnie tylko. Niewątpliwie zarazek trachomatyczny, jeszcze nam nieznany, znajdzie spojówkę mniej odporną, skoro ona staje się przekrwioną, czy to przez uraz, czy inną okoliczność. W warunkach higienicznie korzystnych ograniczy się takie jednostronne zakażenie do jednego oka, w liczniejszych jednak przypadkach przejdzie sprawa i na drugie oko.

Życzenie kolegi L i k i e r n i k a znalezienie środka skutecznego, odkażającego, jest bardzo zrozumiałe. Gdy terapia trachomu nie stoi na porządku naszych obrad, nie mam zamiaru nad tym tematem się rozwodzić, niech mi jednak wolno będzie zaznaczyć, iż uważam sublimat jako najskuteczniejszy, lubo bardzo drażniący środek. Już na kongresie w Kopenhadze w r. 1884 zdawałem raport z mych doświadczeń leczenia jaglicy, zwłaszcza ostrej, wytarciem silnym, bo 1% sublimatem. Reakcya bywała bardzo silna, ale zato czas leczenia nawet ciężkich przypadków znacznie się przez to skraca.

K o s z u t s k i: Niewątpliwie bywają postacie zapalenia spojówki z ziarnami, w których trupno na razie zrobić różniczkowe rozpoznanie pomiędzy jaglicą, a *conj. follicularis*. Jednak takie niejasne formy stanowią tak nieznaczny procent, że mogą nie wchodzić w rachubę. Natomiast w ogromnej większości przypadków można z dużem prawdopodobieństwem rozróżnić te dwie formy zapalenia spojówki, co zresztą najlepiej można stwierdzić przy wielokrotnem badaniu dzieci szkolnych przez dłuższy czas; spotykamy bardzo znaczną ilość zapaleń z ziarnami, które przez długi czas pozostają w jednakowo łagodnem stadyum. Co do spotykania jednostronnej jaglicy, to uważam, że fakty takie są wprawdzie rzadkie, ale nie mają w sobie nic niemożliwego, tak, jak spotyka się przypadki ostrych chorób zakaźnych np. skarlatyny, w których część dzieci w jednym domu, lub nawet pokoju przechodzi taką ostrą chorobę zakaźną, a druga część pozostaje zdrową.

B a n n e t: Podczas epidemii jaglicy jest się skłonnym we wszystkiem upatrywać jaglicę, podczas gdy w czasach spokojnych, przy dokładnem zbadaniu, wcale nie trudno rozróżnić *conj. follicularis*, od *conj. trachomatosa* i leczenie to podtwierdza, gdyż *conj. follicularis* po stosunkowo krótkiem leczeniu ustępuje, czego niestety przy jaglicy niema.

Przy tej sposobności chciałbym poruszyć kwestyę inną: jak się zachować wobec młodzieży szkolnej cierpiącej na jaglicę. Najwyższa

Rada Zdrowia we Wiedniu orzekła, że jeżeli wydzielina spojówkowa nie jest obfitą, można zezwolić na uczęszczanie do szkoły. Ponieważ kwestya jest bardzo ważna, chciałbym usłyszeć zapatrywania kolegów.

Wicherkiewicz: Sprawa poruszona przez kolegę Banneta nie jest łatwą do ryzstrzygnięcia. Moje zapatrywanie opieram na doświadczeniu zrobionem w czasie, kiedy w Poznaniu badałem szkoły ludowe: Na 11 tysięcy dzieci zachodziła jaglica może w 3 do 5% przypadków; inne były to zapalenia mieszkowe, katary spojówek, które pod wpływem leczenia w kilka tygodni ustąpiły. Leczenie przeprowadzał personal lekarski w szkole po osiągnięciu ścisłych instrukcyi. Dzieci jaglicą dotknięte poleciłem wykluczyć i leczyć w domu pod kontrolą i po pouczeniu otoczenia o sposobach uniknięcia zakażenia. Badania wszystkich dzieci powtarzały się co 4 tygodnie, a po 3 miesiącach epidemia szkolna została pokonaną. Swego czasu w poznańskiej Izbie lekarskiej odpowiedziałem na zapytanie ministerstwa, jak postępować ze żołnierzami, którzy przy asenterunku okażą się dotkniętymi jaglicą, iż najwłaściwiej byłoby ich zaciągnąć do oddzielnych kompanii, które tylko pewne wykonują ćwiczenia nie szkodzące oczom, by ich tu starannie leczyć. Zdaje się, ze obecnie tego systemu armia niemiecka się trzyma.

Rumszewicz: Co do środków zaradczych przeciwko szerzeniu się jaglicy w zakładach naukowych — należy usuwać prawdziwych trachomatyków, oszczędzając cierpiących tylko na *folliculosis*. W internatach odosobnienie jest bezwarunkowo konieczne. Przy bardzo wielkiej ilości chorych (do 50%) należy zaprowadzić dwie zmiany dla wykładów, poddając stoły i ławki dokładnemu umyciu po zajęciach trachomatyków.

Marczewski: Trachoma jest dlatego dotąd sprawą ciemną, ponieważ brak dostatecznych podstaw do rozróżniania tego, co przez tę nazwę rozumieć należy. Cechy czysto anatomiczne są niedostateczne, bo i sprawy tak różne jak gruzełek i gumma mogą w pewnych fazach niczem się anatomicznie nie różnić. Cechy anatomiczne wraz z przebiegiem klinicznym dają już większe oparcie dla rozpoznania i ta podstawa pozwala już nam i — podług mnie słusznie — wyodrębnić *conj. follicularis* od »Trachoma« i pozwala nam racyonalnie leczyć te sprawy. Jednak cechy anatomiczne wraz z cechami klinicznemi nie wystarczają, podług mnie, dla definicyi jaglicy, jako jednej jedynej sprawy chorobowej, w której tak niezmiernie różne spotykają się zmiany i tak różnolity przebieg. Sądzę, iż jaglica jest nazwą obejmującą rozmaite sprawy chorobowe,

których wyodrębnienie należy do przyszłości i to na podstawie bakteryologicznego kryteryum.

Dudziński: Wogóle nie wiem, co nazwać pierwszym okresem jaglicy. To co nazywamy jaglica w dzisiejszem znaczeniu tego wyrazu jest dla mnie pojęciem zbiorowem. Wogóle wszystkie cierpienia przewłoczne, które kończą się zbliznowaniem spojówki nazywamy jaglicą. Z czasem, mam nadzieję, z tego zbiorowego obrazu da się wyosobnić szereg spraw zupełnie odrębnych od siebie, a mających samo zejście jako jedyną wspólną cechę. Różnica pomiędzy mieszkiem a jagłą jest raczej ilościową niż jakościową Spojówka oddziałuje na podrażnienie przez to, że powstają w niej t. zw. mieszki. Jeżeli podrażnienie przekroczy pewną granicę, mieszek przechodzi w rozpad i z mieszka powstaje jagła. Zbliznowacenie może więc powstać z tych wszystkich powodów, z których powstają mieszki, jeżeli tylko podrażnienie przekroczy pewną granicę, albo też warunki od osobnika samego chorego zależne spowodują rozpad miesków. Przyczyny zaś same mogą być natury zakaźnej, lub nie.

Zwracam uwagę na pewną formę cierpienia spojówki przedstawiającą się jako szereg jagieł w szczególności na górnej powiece przy spojówce zupełnie bladej, nienastrzykanej. Formę tę uważa się za jaglicę i odpowiednio do tego leczy. Leczenie im energiczniejsze wywołuje tem większą uporczywość cierpienia. Natomiast leczenie łagodne, szczególniej masażem powoduje szybkie wyleczenie.

Kramsztyk: Wahanie i trudności wypowiadane przekonywują, że brak jest metody i sposobności do badania. Dla usunięcia tej trudności należy urządzić oddzielne uzdrowiska wiejskie dla chorych na jaglicę, jakie istnieją dla innych chorób, przedewszystkie dla gruźlicy. Wnoszę, abyśmy uchwałę taką powzięli i przedstawili do zatwierdzenia zebraniu ogólnemu Zjazdu.

Koliński: Jestem w zasadzie, jak mojem zdaniem większość tu obecnych, za urządzeniem lecznic, lub sanatoryów dla jaglicowych, chociażby na wzór wojskowych stacyi, dla jaglicowych żołnierzy, funkcyonujących w Rosyi. Sanatorya takie powinny się mieścić na wsi, w lesie, nad wodą. Wpływ takich sanatoryów na uleczalność jaglicy byłby nieoceniony. Jaglica jest chorobą ubogich i nieoświeconych warstw społeczeństwa, czyli słuszny jest aforyzm: jaglica może służyć za miarę do mierzenia cywilizacyi, do mierzenia stanu oświaty. Takie ubogie narody, jak nasz, mogą się najskuteczniej bronić od szerzenia się tej choroby za pomocą leczenia swoich chorych jaglicowych w specyalnych sanatoryach.

Co do rzadkich wypadków jaglicy jednostronnej t. j. tylko jednego oka, tak szeroko tutaj dyskutowanych, to nie należy za-

pominać, że jaglica jest chorobą kontagijną, a nie miazmatyczną. Łatwo pojąć, iż tylko to oko będzie chorem na jaglicę, do którego się dostał zarazek. Przecież łatwo stać się może, że zarazek dostał się tylko do jednego oka, a drugie pozostało szczęśliwie nie zarażone. Staje się to rzadko, ale jest rzeczą możliwą i dlatego takie wypadki się zdarzają.

Karnicki: Przypuszczam, że dla chorych na trachoma nie są potrzebne osobne szpitale; w każdym szpitalu chorzy na trachoma są zawsze oddzieleni. Urządzenie osobnych szpitali dla trachomatyków wpłynie na zbytnią specyalizacyę lekarzy; będą lekarze, którzy będą tylko specyalistami od trachomu; co zaś do badania etyologii trachomu bardzo ważne jest badanie ogólnego stanu zdrowia, do czego wszechstronna wiedza lekarza może dodatnio wpłynąć, gdyż już prof. Wicherkiewicz słusznie zwrócił uwagę, że ogólny stan zdrowia może wpłynąć tak na przebieg jaglicy, jak i na powstanie takowej.

Rumszewicz: Urządzone w armii rosyjskiej stacye sanitarne dla trachomatyków dają świetne wyniki. Należałoby pomyśleć o urządzeniu przytułków dla trachomatyków, ponieważ ilość łóżek w szpitalach jest ograniczoną, a trachomatycy wymagają świeżego powietrza, dalej szpitalne utrzymanie wypada bardzo drogo.

Likiernik: Wniosek Dra Kramsztyka tworzenia sanatorów dla trachomatycznych, godny jest poparcia z tych względów, że chorzy zaliczają się do warstw niekulturalnych, przeważnie nie mogących się leczyć racyonalnie. Sanatorya mogą i powiny być centrum pedagogicznego wychowania ludności dotkniętej jaglicą.

Wicherkiewicz: Przypominam Panom, że sprawę tę poruszyliśmy już przed 11 laty na tem samem miejscu, i jeżeli mię pamięć nie zawodzi, to właśnie kolega Kramsztyk stawił to żądanie dotyczące urządzenia osobnych zakładów. Otóż zaznaczam naprzód, że stawianie rezolucyi bez należytego poparcia na nic się nie przyda. Trzeba zwrócić się z tem do odpowiedniej instancyi t. j. do rządu. A jaką drogą? Otóż sądzę, że tam, gdzie istnieją Izby lekarskie, one byłyby najwłaściwszym pośrednikiem; a zatem w Austryi i w Niemczech. Jak w Rosyi sprawa ta stoi, to osądzą panowie z Królestwa i krajów zabranych. Zresztą proponuję wybranie komisyi, któraby dokładnie sprawę przygotowała i nam do zatwierdzenia podała, by ją następnie w dalszą puścić drogę do sfer decydujących. Samo uchwalenie rezolucyi na nic się nie przyda. Wszak tę samą rezolucyę w Postępie okulistycznym opublikowaliśmy, no i szczęśliwie spoczywa sobie w aktach i tomach roczników zjazdowych.

Karnicki: Zgadzam się, że hygieniczne warunki bardzo są potrzebne dla leczenia jaglicowych chorych i pod tym względem przyłączam się do zdania Dra Kramsztyka. Co zaś do zaraźliwości jaglicy, to przypuszczam, iż nieraz przesadzamy, gdyż bardzo rzadkie są wypadki zarażenia się chorego, lub kogokolwiek ze służby szpitalnej od chorych.

Wicherkiewicz: Jednostronne wystąpienie jaglicy, może zachodzić, ale prawdopodobnie rzadko, pozornie zaś jednostronne zapalenia tłomaczą się tem, że drugie oko nosi ślady dawniej przebytej choroby, widoczne tylko przy bardzo szczegółowem badaniu. Nie dalej jak onegdaj, gdy wszedłem do kliniki, zaanonsowali mi panowie asystenci, że prawdopodobnie zjawił się przypadek choroby Parinauda u młodej osoby. I rzeczywiście pewne objawy pozorowały tę rzadką chorobę. Gruczoł przyuszny i podszczękowy nabrzmiałe, spojówka pokryta wyniosłościami okrągłemi, bardzo licznemi, szaro-czerwonemi, z których niektóre miały wygląd żółtawy, ale to nie te wyniosłości bardzo duże i mało czerwone Parinauda. Badając lewe oko, znalazłem i ciało brodawkowe na całej powierzchni spoj. tarsalnej przerosłe i blizny lupą dostrzegalne na dolnym załamku. Chora rzekomo nigdy na oczy nie chorowała. Wzięliśmy kulturę z prawego oka, rzekomo Parinaudem dotkniętego i pokazało się, jak się w tej chwili od Dr Rosenhaucha dowiaduje, iż znaleziono Koch Weeksa. A zatem mamy ostre zapalenie, po którego ustąpieniu pokażą się pewnie granulacye w zaostrzonej postaci.

Im szczegółowiej badać będziemy, ewentualnie za pomocą lupy, tem rzadziej znajdziemy tak zwane jednostronne trachoma. Od początku mej praktyki stawiłem sobie za zadanie, badać zawsze i ototecznie chorego, choćby się ono do choroby nie przyznawało i często napotykam ślady choroby przebytej tam, gdzie o niej nic nie wiedziano.

Machek: Świadectwa lekarskie dla emigrantów znaczenia z tego powodu mieć nie mogą, że identyczności osób stwierdzić nie można. Niestety zdarza się, że innym osobom świadectwa wydajemy, a inne osoby świadectwami się wykazują.

Wicherkiewicz: I my mamy w krakowskiej klinice nasz krzyż z tymi t. zw. amerykanami, a po uwagach kol. Macheka niewiele mam do nadmienienia w tej sprawie, jeżeli nie to, iż załatwić się ta rzecz dałaby tylko na drodze dyplomatycznej, ale przedewszystkiem obmyśleć trzeba należyty sposób zapobiegania nadużyciom ze strony kandydatów emigracyjnych, jako też sfer decydujących, czy emigranta puścić do »ziemi obiecanej« przez agentów czy nie. Niejednokrotnie bowiem takich emigrantów; których

notorycznie w klinice podleczono do tego stopnia iż stan ich już nie budził obawy zarażenia, z Nowego Yorku zwracano.

Tu niewątpliwie nietylko sanitarne, ale i polityczne względy odgrywają rolę.

Likiernik: Zwraca uwagę na nierówne traktowanie podróżnych, że mianowicie jadący okrętami w II klasie nie podlegają rewizyi. —

Koszutski: »*Próba stosowania w okulistyce emanacyi radu*«.

Autor po omówieniu w ogólnych zarysach fizycznych, chemicznych, a po części i fizyologicznych własności emanacyi radu, przytacza historye chorób 3-ch przypadków zapalenia twardówki *(scleritis)*, w których stosował w celach leczniczych emanacyę radu w roztworze wodnym *per. os*.

Na podstawie tych przypadków dochodzi autor do wniosku, iż emanacya radu przy zapaleniach twardówki:

1) działa kojąco, zmniejszając bolesność tak samoistną, jako też dotykową;

2) sprzyja szybszemu wessaniu guzków twardówkowych;

3) może wywołać chwilowe zaostrzenie choroby, względnie uwidocznić ukryte ogniska zapalne.

Dyskusya: Wicherkiewicz: Naprzód pragnę wyjaśnić rzekome nieporozumienie. Wykład kolegi Koszutskiego umieściliśmy z kurtoazyi, jako dla gościa zakordonowego na pierwszem posiedzeniu, i to po pierwszym głównym przedmiocie referatów nie przesądzając o treści, a że dobrze tak postąpiono pokazuje się z tego, że prelegent potrącił o wpływ radium na jaglicę. Ja zaś dodam co następuje: Gdy Cohn ogłosił swoje senzacyjne wiadomości o skuteczności radium na tę chorobę, począłem zaraz sam stosować drogo nabyty preparat bromku radowego, ale bez najmniejszego skutku. Wkrótce potem byłem świadkiem głoszenia skuteczności tego środka w Paryżu przez bardzo pomysłowego Dr Dariera. Gdy go jednak po odczycie prywatnie wypytywałem o bliższe szczegóły tej skuteczności dowiedziałem się, że ją brać trzeba *cum grano salis*.

Co do wpływu radium na inne choroby poruszone przez prelegenta nie będę się rozwodził nie mając pod tym względem po decepcyi w jaglicy żadnego doświadczenia. —

Do ostatecznego sformułowania wniosku Dra Kramsztyka w sprawie zakładania osobnych sanatoryów dla chorych na jaglicę wybrano komisyę, w której skład weszli: Dr Koliński Doc Rumszewicz, Dr Łuniewski i wnioskodawca.

Posiedzenie 2-gie. dn. 19-go lipca o godz. 9-ej rano.

Przewodniczy Kramsztyk z Warszawy.

Obecnych 29-iu członków.

Temat ogólny.

Machek: »*O operacyach opadniętej powieki*« (Będzie publikowane *in extenso*).

Dyskusya: Wicherkiewicz: Po wyczerpującym referacie prof. Macheka nie miałbym powodu do zabrania głosu, jeżeli jednak czynię to, to tylko dlatego, by z jednej strony kilka zrobić uwag co da własnego doświadczenia dotyczącego niektórych metod przytoczonych, a dalej, by choć pokrótce wspomnieć o własnym sposobie dotychczas nie publikowanym. Operacya Pagenstechera, aczkolwiek prowadzi do celu, ale często *post multa discrimina* i to z powstaniem blizn brzydkich. Już wielkim krokiem naprzód była operacya Weckera i niejednokrotnie ładne osiągnąłem nią wyniki, tak, że widząc chorą, dla jednostronnej *ptosis* operowaną, po latach, nie wiedziałem na razie, które to oko było operowane. Ale i ta operacya połączona z ropieniem daje blizny nieprzyjemne czasami. Operacya Panasa skuteczna, więcej skomplikowana, a czasami pozostawia zgrubienie skóry.

Operacyi Motais'go nie stosowałem, bo w przypadkach *ptosis congenita*, a te bywają najczęstsze, zazwyczaj i *rectus superior* jest w stanie niedowładu, czy zaniku, a nawet pono go czasem wogóle nie ma. A potem jestto operacya zbytnio wnikająca w głąb oczodołu i łatwo, jak sądzę, może zawieść. Natomiast sam od kilku lat wykonuję z bardzo dobrym skutkiem i kosmetycznym i czynnościowym operacyę w sposób, mający na celu podskórne połączenie mięśnia tarsalnego z mięśniem czołowym. Skutek pod względem kosmetycznym i czynnościowym jest zupełny jak to fotografie, którę przedłożyć sobie pozwolę, wykażą.

Czasami operator musi sobie pomagać improwizacyą w nadzwyczajnych okolicznościach. I tak u osobnika, który wpakował sobie w zamiarach samobójczych kulę, która zniszczyła jedno oko, a drugie mocno uszkodziła, utkwiwszy w kości nadoczodołowej, powstało po wyjęciu kuli zupełne opadnięcie powieki z szeroką blizną skóry, zrośniętą z kością. Tu osiągnąłem dość zadawalniający skutek zrobiwszy dwa więzy skórne złączone ze sobą poprzez bliznę brwiową. Opis na tablicy illustrowany. Szczegóły będą publikowane.

Marczewski: Rzadki, w warunkach praktyki prowincyonalnego lekarza specyalisty, przypadek konieczności operowania

ptozy, zdarzyć się jednak może. Przypadek taki, lat temu 8 u chłopca 7-letniego z okolicy Częstochowy, operowałem. Rrzecz tak się miała: hakiem studziennym u chłopca oderwaną została na dużej przestrzeni górna i po części dolna powieka. Zrosły się powieki i rozdarta część tak, iż kąt wewnętrzny szpary ocznej oka lewego był przesunięty ku zewnątrz i znacznie ku dołowi, szpara oczna niezmiernie mała, górna powieka wiotka i tak opuszczona, iż zakrywała całą dolną powiekę. Przy odciąganiu górnej powieki przedstawiała się lejkowata, zaogniona spojówkowa powierzchnia, zakrywająca zupełnie gałkę oczną, tak, iż o stanie oka nic powiedzieć nie można było. Przystąpiłem do operacyi, której celem było utworzenie szpary ocznej z możliwie normalnem jej położeniem. Po cięciach okazało się, że gałka oczna jest prawidłowa. Przywróciłem możliwie normalne stosunki szpary ocznej i spojówki. W kilka tygodni później zrobiłem operacyę ptozy, przyczem wykonałem, z modyfikacyami, jakie nasuwała konieczność. operacyę P a n a s a. Modyfikacya główna polegała na tem, iż trzeba było wycinać blizny i skóry i części skrzywionej i zdeformowanej chrząstki. Rezultat był nadspodziewanie dobry, ruchy powieki bez odwijania, domykanie zupełne, otwieranie łatwe. Pod względem kosmetycznym pozostawiało jednak oko do życzenia, jak to stwierdziłem w kilka lat potem, a mianowicie głównie dlatego, iż kąt wewnętrzny szpary ocznej okazał się za niskim.

Nie mając doświadczenia rozległego, bo tylko ten jeden przypadek w swej praktyce operacyjnej i to skomlikowany, bo urazowego pochodzenia, jestem jednak z metody P a n a s a zupełnie zadowolony i w razach podobnych do cytowanego zawszebym usiłował myślą podstawową operacyi P a n a s a się kierować!

Przypadek w trzy lata po operacyi był demonstrowany kolegom w Tow. lekarskiem w Częstochowie.

M a j e w s k i: O ile w klinice chętnie się używa i powinno się używać rozmaitych, coraz to nowych metod operacyjnych, aby je wypróbować i porównać ich wartość, to w praktyce prywatnej, zwłaszcza przy operacyach rzadszych przypadków jak *Ptosis congenita*, najchętniej decydujemy się na metodę, zapomocą której jużeśmy mieli sposobność przypadki takie operować. Toteż i ja zeszłego roku mając usunąć u rocznego dziecka znacznego stopnia obustronne opadnięcie powieki górnej, wybrałem metodę P a n a s a, ponieważ już w klinice za asystenckich czasów, kilka razy tym sposobem ptozę operowałem. Operacyę wykonałem zupełnie typowo i mam to zadowolenie, że skutek jest nietylko wystarczający, ale przedewszystkiem na obu oczach jednaki. Małe zgrubienia na obu końcach zmarszczki sztucznie na powiece gór-

nej wytworzonej, mam nadzieję, w miarę wzrostu dziecka stopniowo się wygładzą i efekt kosmetyczny jeszcze się poprawi.

Machek: Nie można operacyi opadnięć uważać za taką, którą się tylko w klinikach wykonuje; każdy specyalista może się znaleść w tem położeniu, że zaufanie chorych zmusi go do wykonania operacyi. Z tego powodu referat o opadnięciu ma wartość na zgromadzeniu specyalistów. Co do uwagi jednego z mowców, że połączenie nie powinno być skórne tylko mięśniowe, to za zasadę jej uważać nie można; zawsze pamiętać o tem potrzeba, że operacya jest najlepsza, która daje najpiękniejszy wynik.

Rumszewicz: »*O potworniakach oczodołu*«.

Spostrzegał dwa przypadki torbieli oczodołu. Ścianę stanowiły w części skóra, w części tkanka zupełnie zbliżona do ziarninowej, w której znajdowały się bardzo liczne komórki olbrzymie. Te ostatnie były spowodowane obecnością w tkance włosów i były też dokoła nich ułożone. W jednym przypadku spostrzegał nadto komórki zupełnie podobne do zwojowych, inne bardzo do tych komórek zbliżone. W drugim przypadku prócz licznych bardzo drobnych dodatkowych utworów torbielowatych — pęczki włókien gładkich mięśniowych i komórki neuroglii. W obu przypadkach utwory były przyczepione głęboko w oczodole do szów kostnych, za pomocą powrózków.

Ponieważ w innych, dokładniej opisanych przypadkach podobne utwory również zawsze połączone były z kością, ponieważ nadto bardzo często znajdowano w nich pierwociny kości, chrząstki i tkanki nerwowej ośrodkowej, przeto autor widzi w nich nie skórzaki w ścisłem znaczeniu wyrazu, lecz w całem znaczeniu wyrazu potworniaki, które powstają bynajmniej nie wskutek wgłobienia skóry, lecz raczej zbłąkania się pierwiastków górnej blaszki zapłodkowej wraz z rurką mózgową. Stanowią one zatem pierwszy stopień potworniaków oczodołu, których rozwój sięgać może tak daleko, że zawierają nietylko części pod względem budowy organów wewnętrznych zbliżone, lecz ledwo nie zupełnie wytworzony drugi organizm (*foetus in foetu*).

Dyskusya. Rosenhauch miał sposobność obserwować na bogatym materyale kliniki okulistycznej dwa przypadki torbieli w wewnętrznym kącie oczodołowym pod skórą. Liczne skórzaki rogówki, lub rąbka, które operowane przez prof. Wicherkiewicza dały wynik znakomity zarówno pod względem kosmetycznym jak i pod względem wzmożenia się bystrości wzrokowej.

Jeden zwłaszcza przypadek był ciekawy, który zrazu mógł naśladować utkanie potworniaka. Obok bowiem rąbka była wynio-

słość podspojówkowa, w której drobnowidem udało się stwierdzić tkankę gruczołową. Prawdopodobnie była i to zmiana wrodzona, polegająca na wadzie rozwojowej.

Rumszewicz opisał niedawno przypadek zupełnie do wspomnianego przez Dra Rosenhaucha podobny. Po operacyi plamkę zabarwił, tak, że zupełnie była niewidzialną. —

Bednarski: *»Uwagi o zapaleniu pryszczykowem spojówki i rogówki u dzieci«.*

B. stwierdził w szpitalu św. Zofii we Lwowie zapalenie pryszczykowe w 60% dzieci przychodnich (na ogólną liczbę 6000), zaś u 71% dzieci stale leczonych (na ogólną ilość 1500). B. stosował w 100 przypadkach zapalenia pryszczykowego odczyn skórny Pirqueta. Wiek tych dzieci nie przekraczał 10 r. ż. w szczególności szczepiono: dzieci 1—2 r. ż. — 19, 3—4 r. ż. — 28, 5—6 r. ż. — 14, 7—10 r. ż. — 39. We wszystkich 100 przypadkach odczyn Pirketa był dodatni, występował zaś zarówno jako odczyn 1-go lub 2-go stopnia, w kilku tylko przypadkach był odczyn 3-go stopnia. Badania te przemawiają za tem, że zapalenie pryszczykowe spojówki ma podobne znaczenie dla dyagnozy gruźlicy, jak próba Pirqueta, a więc u dzieci w pierwszych dwóch latach życia zapalenie pryszczykowe wskazuje na istnienie gruźlicy czynnej w organiźmie, u dzieci zaś starszych świadczy tylko o przebytem zakażeniu gruźliczem, nie dając wskazówki, czy gruźlica w poszczególnym przypadku jest czynną czy utajoną. Dalej badania te chociaż nie udawadniają, to przecież przemawiają za tem że zapalenie pryszczykowe, jeżeli nie zawsze, to prawie zawsze jest gruźliczego pochodzenia. B. wykazuje na kilku przykładach, że próba Pirqueta ma w okulistyce pewne znaczenie dyagnostyczne w przypadkach wątpliwych, obrazem klinicznym podobnych do zapalenia pryszczykowego np. niektóre przypadki urazowe, nietypowe zmiękniem rogówki i t. p. Próba Pirequeta pomaga nam również przy sporządzaniu statystyki ślepoty w ocenianiu następstw przebytych chorób rogówki.

Autor badał 87 dzieci cierpiących na zapalenie pryszczykowe w kierunku wszy i znalazł je w 65% przypadków. Próba Pirqueta była ze wszystkich tych 87 przypadków dodatnią. W 22 przypadkach kontrolnych wszy były w 15 przypadkach (68%). Z zestawienia tego wynika, że wszy wogóle często spotykamy u dzieci szpitalnych, zarówno jednak często u dzieci cierpiących na zapalenie pryszczykowe, jak i dzieci nie mających zapalenia pryszczykowego, nie można przeto wszawicy przypisywać znaczenia etyologicznego przy zapaleniu pryszczykowem.

Autor zwraca uwagę na wrzody środkowe rogówki połączone z hypopyon, które u dzieci nie rzadko spotykamy jako formę zapalenia pryszczykowego. B. podnosi, że zapalenie pryszczykowe u dzieci nieleczonych jest najczęstszą przyczyną ślepoty względnie utraty widzenia na jednem oku. B. poleca maść jodoformową 20% jako dobry środek w przypadkach wrzodów i głębokich nacieków rogówki na tle zapalenia pryszczykowego.

Dyskusya. Wicherkiewicz: Jak odczyn Wassermanna, tak też i odczyn tuberkulinowy, czy Pirqueta, czy Morro ułatwia nam niezmiernie poznanie etyologii pewnych grup chorobowych. A poznanie to nie tylko dlatego jest ważne, iż wedle tego damy wskazówki hygieniczne, ale nieraz wprost leczenie stosowne przeprowadzimy.

Oczywiście i pryszczyki rogówki nawet na tle tuberkulicznem znikają pod wpływem leczenia lokalnego, ale często tylko leczenie ogólne kres chorobie położyć może.

W styczniu leczyłem dziewczynkę dwuletnią na *kerato-conjunctivitis phlyctaenulosa*, bezskutecznie poprzednio zwalczaną najrozmaitszymi zwykle skutecznymi środkami. Poznawszy u dziecka podkład tuberkuliczny wstrzykiwałem podskórnie hetol i w ciągu 2 tygodni dziecko, które w domu zresztą w hygienicznych, żyło warunkach, zostało wyleczone.

Badania Morro przeprowadzamy systematycznie i często stwierdzamy przy najrozmaitszych postaciach chorobowych tuberkuliczny podkład, gdzie go nie przypuszczano.

Jodoform niewątpliwie dobry wywiera skutek jako środek miejscowy przy pryszczykowych zajęciach spojówki i rogówki. Co do owej urazowej postaci pseudo-flyktaeny to ona powstać może tylko przy bezmyślnem leczeniu. Przyprowadzone mi raz dziecko z takim pryszczykiem wrzekomym, leczono przeszło dwa miesiące bezskutecznie rozmaitemi maściami, proszkami i t. d. Przypatrzywszy się bliżej poznałem, że to może być tylko ciało obce, które wywoławszy zapalenie odczynowe spowodowało przerost tkanki naokoło ciałka, przerost przypominający duży pryszczyk. Igłą podważywszy wysunąłem łupinkę ziarna jakiegoś nasienia i sprawa była w kilku dniach zagojoną.

(Dok. nast.).

IV. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Chibret w Clermont-Ferrand znany okulista francuski.